

DOI: <https://doi.org/10.58871/conimaps24.c57.ed05>

**A AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL COMO UMA ESTRATÉGIA DE  
PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**MULTIDIMENSIONAL EVALUATION AS A STRATEGY FOR PROMOTING THE  
HEALTH OF THE ELDERLY IN PRIMARY HEALTH CARE**

**MICHELLE DA SILVA SOUSA**

Assistente Social, Residente em Saúde Coletiva, Escola de Saúde Pública da Paraíba  
(ESP/SES/PB).<sup>1</sup>

**FERNANDA PRUDÊNCIO DA SILVA**

Psicóloga, Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Escola de Saúde  
Pública da Paraíba (ESP/SES/PB).<sup>1</sup>

**RESUMO**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil. Dentre as mais prevalentes estão as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônicas, sendo as principais causas de morte prematuras. **Objetivo:** Relatar a experiência dos residentes em Saúde Coletiva, durante o rodízio da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, na implementação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido a partir das experiências dos Residentes em Saúde Coletiva em uma Unidade Básica de Saúde, no município de Catolé do Rocha/ PB, no período compreendido entre 12 de março a 24 de abril de 2024, com ênfase na aplicação do Projeto de Intervenção na instituição. O método de pesquisa utilizado foi a ferramenta de gestão 5W2H. **Resultados e Discussão:** Conforme a intervenção, foi possível analisar a necessidade do desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, principalmente no cuidado integral e longitudinal da Pessoa Idosa, sendo primordial a implementação da Ficha de Acompanhamento Multidimensional da Pessoa Idosa (FAMPI). **Considerações Finais:** O Projeto de Intervenção fomentou entre as equipes multiprofissionais o desenvolvimento de ações e condutas que visassem à integralidade do cuidado, e na identificação de fragilidades (físicas e de vulnerabilidades), proporcionando a participação, reinserção e construção da corresponsabilidade e autonomia do usuário proporcionando uma efetiva continuidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação Multidimensional; Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) represent the highest burden of morbidity and mortality in Brazil. Among the most prevalent are cardiovascular diseases, diabetes, cancer, and chronic respiratory disease, being the main causes of premature death. **Objective:** To report the experience of residents in Collective Health, during the rotation of the Care Network for People with Chronic Diseases, in the implementation of the Multidimensional Assessment of the Elderly. **Methodology:** This is a descriptive experience report with a qualitative approach, developed from the experiences of Residents in Collective Health in a Basic Health Unit, in the municipality of Catolé do Rocha/PB, in the period between March 12 and April 24, 2024, with emphasis on the application of the Intervention Project in the institution. The research method used was the 5W2H management tool. **Results and Discussion:** According to the intervention, it was possible to analyze the need to develop health promotion and prevention actions in the Health Care Network for People with Chronic Diseases, especially in the comprehensive and longitudinal care of the Elderly, with the implementation of the Multidimensional Monitoring Form of the Elderly (FAMPI) being essential. **Final Considerations:** The Intervention Project fostered among the multiprofessional teams the development of actions and conducts aimed at the integrality of care, and the identification of weaknesses (physical and vulnerabilities), providing participation, reinsertion and construction of the user's co-responsibility and autonomy, providing an effective continuity of care.

**Keywords:** Primary Health Care; Multidimensional Assessment; Collective Health.

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, enfatizando ações populacionais para controlar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, predominantemente pelo controle do fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool.

No contexto epidemiológico que envolve as DCNT no Brasil e de desenvolvimento do SUS, a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem se colocado como uma ferramenta importante para o enfrentamento de obstáculos, tanto com relação ao cuidado das pessoas com doenças crônicas como no tocante aos sistemas de saúde nacionais.

De acordo com Mendes (2011) as Redes de Atenção à Saúde (RAS) consistem em organizações poliárquicas integradas, que provêm a prestação de serviços de saúde de forma integral e contínua, coordenada pela Atenção Primária à Saúde. Desse modo, as RAS a partir de uma integração sistêmica e horizontal entre os pontos de atenção, concretizam a integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com as necessidades da população.

Considerando esse contexto, o Ministério da Saúde em 2012, estabeleceu a organização

das redes temáticas prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Além disso, as RAS também são organizadas por meio de Linhas de Cuidado, com o objetivo de ampliar o acesso a todos os pontos da rede de forma articulada e integral (Brasil, 2010).

Nessa perspectiva, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas foi instituída pela Portaria n° 252, de 19 de fevereiro de 2013, e redefinida pela Portaria n°483, de 1° de abril de 2014, através de linhas de cuidado específicas, realiza a atenção, de forma integral, aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

Nesse contexto, segundo Moraes (2023), no Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a Atenção Primária, lançado em 2019 pelo Ministério da Saúde instituiu-se o registro do procedimento da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, com a finalidade de evidenciar a relevância da avaliação para o acompanhamento da condição de saúde, visando alerta sobre a importância do registro para o monitoramento das ações direcionadas às pessoas idosas, em todos os níveis de atenção à saúde.

Desse modo, a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, está em intrínseca correlacionada as doenças, e conseqüentemente as dimensões clínicas, psicossociais e funcionais, permitindo uma atuação e análise interprofissional entre as equipes na Atenção Primária à Saúde (APS), buscando garantir a integralidade da saúde das pessoas idosas

Diante deste cenário, este estudo tem por objetivo descrever a experiência dos Residentes em Saúde Coletiva, no decorrer do rodízio da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, durante aplicação do Projeto de Intervenção direcionado a implementação da Ficha de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (FAMPI).

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência descritivo com abordagem qualitativa. O relato foi elaborado de acordo com a experiência dos Residentes em Saúde Coletiva, na Unidade de Saúde da Família Tancredo Neves, no município de Catolé do Rocha- PB, no período compreendido entre 12 de março a 24 de abril de 2024, durante o rodízio da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, do curso de pós-graduação de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, da Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba (ESP/PB).

A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC), constitui-se a modalidade de ensino de Pós-graduação Lato Sensu para profissões da área da saúde, com a finalidade de formar sanitaristas com foco na gestão, atuando com ênfase no planejamento e nas redes de atenção à saúde. No segundo ano, os profissionais atuam nas redes prioritárias de saúde: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Desse modo, este trabalho é fruto do Projeto de Intervenção (PI), que é um componente curricular pertencente aos cenários práticos de atuação, assim, neste estudo a ênfase será na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Assim, inicialmente foi realizada um levantamento e análise das principais legislações referente a temática, levando em consideração as principais orientações dos órgãos oficiais de saúde, como Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde.

O segundo momento consistiu na execução do plano de ação baseado no método de pesquisa aplicando a ferramenta de gestão 5W2H, com o objetivo de gerenciar um planejamento estratégico para atuar nos problemas identificados, conforme **Figura 1**. Segundo Costa (2013, p.29, *apud* Franklin 2006), a ferramenta 5W2H é entendida como um plano de ação, isto é, um planejamento norteador de ações que deverão ser executadas, implementadas e acompanhadas.

**Figura 1:** Comparativo do Método dos 5W2H

		<b>Método dos 5W2H</b>	
<b>5W</b>	<i>What</i>	O Que?	Que ação será executada?
	<i>Who</i>	Quem?	Quem irá executar/participar da ação?
	<i>Where</i>	Onde?	Onde será executada a ação?
	<i>When</i>	Quando?	Quando a ação será executada?
	<i>Why</i>	Por Qué?	Por que a ação será executada?
<b>2H</b>	<i>How</i>	Como?	Como será executada a ação?
	<i>How much</i>	Quanto custa?	Quanto custa para executa a ação?

Fonte: Sebrae (2008)

Dentro desse contexto, a equipe de residentes elaborou uma Ficha de Acompanhamento Multidimensional da Pessoa Idosa (FAMPI), que é considerada uma ferramenta de múltiplas dimensões, que compreende o usuário para além do ponto de vista clínico, mas também a intrínseca correlação da doença com os fatores psicossocial e funcional, com o intuito de qualificar o acompanhamento longitudinal dos usuários hipertensos e/ou diabéticos realizado entre a equipe multiprofissional, possibilitando um olhar ampliado entre os profissionais.

Logo, os encontros aconteceram em dois momentos na própria USF, no 1º momento foi realizado uma reunião com os gerentes da unidade, e no 2º momento uma reunião com os todos os profissionais da unidade, cerca de 21 profissionais participaram através de uma roda de

conversa, com o intuito de facilitar a troca de informações e experiências, valorizando a integração horizontalizada, onde todos os participantes contribuem ativamente com as discussões, numa perspectiva de construção e diálogo (Cunha, 2023).

Portanto, este relato de experiência tem por finalidade discorrer sobre a experiência do plano de ação do Projeto de Intervenção, com foco na qualificação a atenção ofertada no Sistema Único de Saúde (SUS).

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com a construção do Projeto de Intervenção foi discutido e abordado com os gerentes do serviço a relevância e aplicabilidade na prática da implementação da Ficha de Avaliação Multidimensional na Atenção Primária à Saúde (APS), para a compreensão ampla e integral da saúde da Pessoa Idosa pela equipe multiprofissional, considerando a realidade do território, as especificidades das equipes e os desafios na efetivação da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Após essa pactuação, realizou-se uma reunião para a apresentação da proposta para a equipe multiprofissional, entre eles: Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiras, Equipe de Saúde Bucal, Recepcionistas, Médicos, Gerentes e Técnicas de Enfermagem. O encontro foi facilitado pelos residentes em saúde coletiva, no formato de roda de conversa, dividido em 3º etapas, na 1º houve inicialmente uma explanação sobre a Rede de Doenças Crônicas e o cenário das DCNT no território, abordando os desafios observados e a importância do acolhimento qualificado e interdisciplinar e o cuidado longitudinal.

Nas 2º etapa, apresentou-se o instrumento à equipe, com orientações quanto ao preenchimento adequado e sua relevância para os processos de trabalho. A equipe pôde discutir sobre o tema, apontando dúvidas e colaborando com sugestões a fim de aperfeiçoar o instrumento, entre elas a inserção do campo de hemoglobina glicada; vacinação em dia. Durante as discussões foi possível identificar algumas resistências iniciais quanto ao uso da FAMPI, tendo em vista de ser considerado como “mais uma sobrecarga de trabalho”. Vale ressaltar que, a população adscrita no território é de 6.919 pessoas, sendo duas equipes na USF. No entanto, faz-se necessário refletir sobre a alta demanda de indicadores e a pressão por metas que são submetidos os profissionais e refletir sobre os impactos nas ações de saúde.

Na 3º etapa, foi proposto a discussão de estudos de casos, dividiu-se a equipe em 3 grupos, de aproximadamente 7 pessoas cada, prezando pela interdisciplinaridade entre os componentes. Fez-se uso das metodologias ativas no momento da discussão, na

problematização de situações fictícias, no intuito de gerar reflexão e construção coletiva de estratégias de enfrentamento, estimulando a interdisciplinaridade e corresponsabilização do cuidado em saúde (Secco *et. al.*, 2020).

Ao final, os profissionais relataram a importância da ferramenta no cotidiano profissional, tendo em vista, que essa possibilitava a discussão de casos entre a equipe, possibilitando uma maior compreensão acerca dos pacientes e a construção do matriciamento no território. Além disso, visando estimular a interprofissionalidade utilizou-se de uma dinâmica em que era repassado um barbante de um para o outro, à medida em que diziam a palavra de reflexão sobre o encontro. Ao final, formou-se uma teia, que tinha o intuito de representar a rede colaborativa e multiprofissional que é preconizada nos processos de trabalho do SUS, onde cada profissional tem um papel importante e essencial para que a política de saúde aconteça.

Portanto, os resultados obtidos explicitaram a necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais e alinhadas às linhas de cuidado da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, principalmente no tocante a integral e a longitudinalidade da pessoa idosa, sendo primordial a implantação de estratégias de cuidados que resgatem o real sentido da Atenção Primária à Saúde, como ordenadora do cuidado.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, foi possível observar a relevância da implementação da Avaliação Multidimensional na Atenção Primária à Saúde, haja vista o aumento do envelhecimento populacional no país, e o aprofundamento das iniquidades em saúde, e em particular nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT).

Desse modo, torna-se essencial a implementação e a efetivação da Ficha de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (FAMPI), haja vista o desenvolvimento de ações e condutas que visem à integralidade do cuidado, e na identificação de fragilidades (físicas e de vulnerabilidades), bem como facilitar o processo de trabalho dos profissionais para garantia da longitudinalidade do cuidado desses usuários.

Além disso, a experiência possibilitou fomentar entre os profissionais a necessidade de atuação em rede e da intersetorialidade, levando em consideração que o setor saúde deve compartilhar decisões com outras diferentes áreas, a exemplo da Assistência Social, buscando ratificar e assegurar o cumprimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Portanto, é de suma importância salientar a potência técnica, política e pedagógica da

Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, no alto sertão da Paraíba, haja vista os vazios assistenciais na região, proporcionando a participação, reinserção e construção da corresponsabilidade e autonomia do usuário proporcionando uma efetiva continuidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[Ministerio da Saude \(saude.gov.br\)](http://www.ministerio-da-saude.gov.br)>. Acesso em: 12 de abril de 2024.

BRASIL. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, 2014. Disponível em: <[Ministerio da Saude \(saude.gov.br\)](http://www.ministerio-da-saude.gov.br)>. Acesso em: 12 de abril de 2024.

COSTA, Brum Tarcisio. Oportunidade da Aplicação de Ferramentas de Gestão na Avaliação de Políticas Públicas: O caso da Política Nacional de Resíduos Sólidos para a construção Cível / Tarcisio Costa Brum – 2013. Disponível em: <[Trabalho de Conclusão de Curso \(ufjf.br\)](http://www.ufjf.br)>. Acesso em: 12 de setembro de 2024.

CUNHA, Inara Pereira da et al. Competências percebidas na condução de rodas de conversas para a promoção da saúde: relato de experiência. **Boletim do Instituto de Saúde**, 24(2): 171-177. 2023.

MORAES, Edgar Nunes de. **Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde** [livro eletrônico]: aplicações do IVCF-20 e do ICOPE – Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa / Edgar Nunes de Moraes, Priscila R. Rabelo Lopes. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p.84

SEBRAE. **Ferramenta 5W2H**. Disponível em: <[http://www.trema.gov.br/qualidade/cursos/5w\\_2h.pdf](http://www.trema.gov.br/qualidade/cursos/5w_2h.pdf)>. Acesso em: 11 de setembro de 2024.

SECCO, Ana Caroline *et al.* Educação Permanente em Saúde para Agentes Comunitários: um Projeto de Promoção de Saúde. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 13(1), 2020